

2.1 Zur Bedeutung von Arbeit und Beschäftigung in der sozialpsychiatrischen Rehabilitation

Ullrich Meise, Georg Kemmler, Bernhard Holzner

Über den förderlichen Einfluß von Arbeit auf den Heilungsprozeß haben bereits Begründer der Psychiatrie wie Pinel (1801), Esquirol (1827) oder Griesinger (1845) in ihren Schriften hingewiesen. Hermann Simon, der als Begründer der Arbeitstherapie gilt, hat in den 20er Jahren versucht, die Beschäftigung in ein umfassendes Behandlungskonzept zu integrieren.

Spätestens mit der Untersuchung von Marie Jahoda und Mitarbeiter „Die Arbeitslosen von Marienthal“ (1932) ist die identitäts- und sinnstiftende Funktion von Erwerbsarbeit in unserer Gesellschaft belegt. Langandauernde Arbeitslosigkeit führt bei einem Teil der vormals psychisch Gesunden zu einer Abnahme von Interessen, dem Zerfall von Zeitstruktur, zu sozialem Rückzug und zum Verlust von Zukunftsperspektiven. In Übereinstimmung mit der modernen Arbeitslosenforschung entwickelt diese Gruppe der „Gebrochenen“ depressive Störungen oder einen Überkonsum von Alkohol und Probleme im sozialen Umfeld. Längerwährende Arbeitslosigkeit ist somit ein bedeutender Risikofaktor für die psychische Gesundheit.

Ziele von Behandlung / Rehabilitation

Förderung, Verbesserung der/des ...

- Zugangs zu Behandlungsressourcen
- Klinischen Symptomatik
- Rezidivprophylaxe
- Kompensation funktioneller Einschränkungen
- Selbsthilfe und Bewältigungsfähigkeit
- Subjektiven Lebensqualität
- Lebensstandards
- Sozialen/beruflichen Integration („Normalisierung“)
- Wohlbefindens von Angehörigen
- Behandlungszufriedenheit

Tabelle 1

In Tabelle 1 sind die Ziele der Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen aufgelistet. Behandlung und Rehabilitation müssen gleichzeitig erfolgen und beziehen sich auch auf die Förderung der Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung, auf die soziale (Re)Integration, das (Wieder)Erlangen von Autonomie, um ein Leben so „normal wie möglich“ führen zu können. Trotz allenfalls bestehender Beeinträchtigungen sollen psychisch Kranke in der „Gemeinde“ leben, an sozialen Aktivitäten teilhaben können, die größtmögliche Lebensqualität erreichen und Zugang zu sinnvoller und strukturierter Arbeit und Beschäftigung finden.

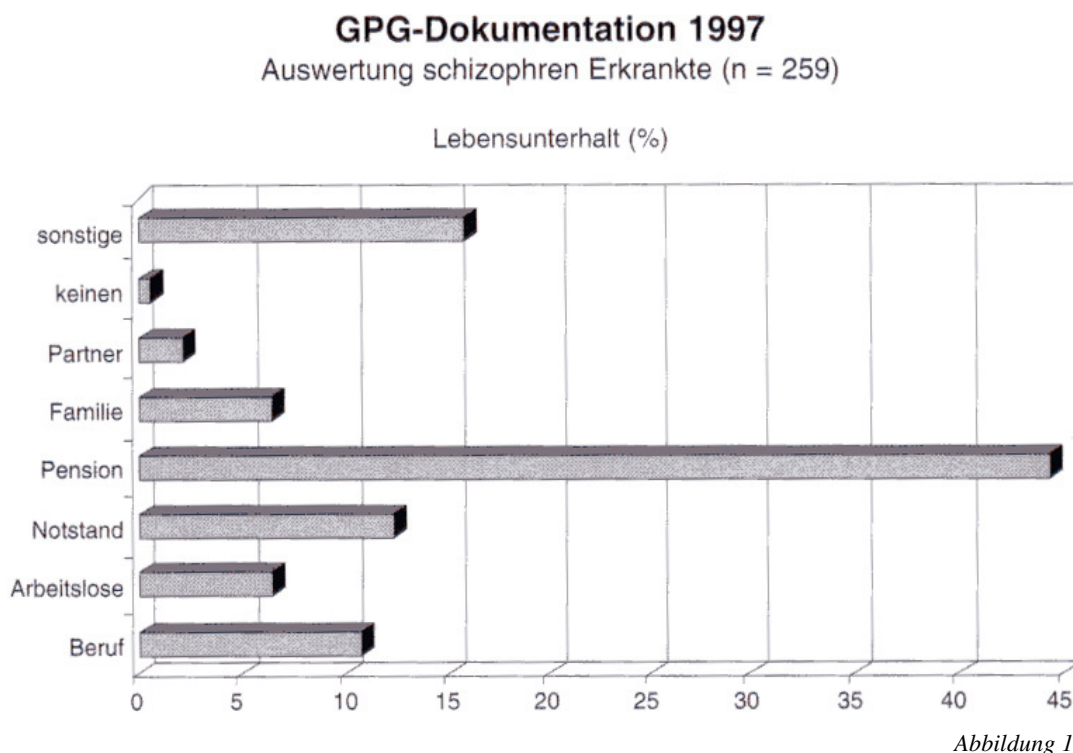
Psychisch Kranke haben besonders heute eine geringe Chance, einen Arbeitsplatz zu bekommen bzw. ihn auch zu behalten. Durch die hohe Arbeitslosigkeit, die Konkurrenz um Arbeitsplätze und den Wandel in unserer Erwerbsgesellschaft mit dem Wegfall von sogenannten Nischenarbeitsplätzen können Leistungsschwächere, Ältere oder schlecht Ausgebildete am ersten Arbeitsmarkt immer schwerer (wieder) Fuß fassen. Vor allem die Stigmatisierung von psychisch Kranken senkt die Möglichkeit auf Erwerbsarbeit für jene, die dieses Etikett tragen müssen, erheblich.

Viele Menschen mit psychischen Störungen sind arbeitslos

Eine psychische Erkrankung führt häufig zum Verlust des Arbeitsplatzes. Arbeitslosigkeit selbst wird zur Gefahr für die psychische Gesundheit: eine für Betroffene fatale Konstellation.

Im Jahr 1994 waren lediglich 14% der PatientInnen, die an psychiatrischen Abteilungen Österreichs in stationärer Behandlung standen, erwerbstätig (in der österreichischen Bevölkerung waren es 42%) (Wancata et al. 1994). Der Anteil an Pensionisten und Rentnern im Psychiatrie-Klientel betrug 34% (gegenüber 20% in der Gesamtbevölkerung). 33% der PatientInnen waren auf Sozialhilfe, Arbeitslosenunterstützung oder die Unterstützung durch ihre Familien angewiesen. In den letzten Jahren hat sich die Lage am Arbeitsmarkt und somit die Situation der psychisch Kranken sicherlich weiter verschlechtert.

Abbildung 1 und 2 stellen den Lebensunterhalt und das Einkommen von PatientInnen dar, die an einer schizophrenen Erkrankung leiden und die im Jahr 1997 in den verschiedenen Einrichtungen der *Gesellschaft für Psychische Gesundheit Tirol (GPG)* betreut wurden. Es handelt sich dabei um eine Auswertung der jährlich fortgeschriebenen Gesundheitsberichterstattung der GPG (Daten - Fakten - Analysen 1997). Lediglich 11% der PatientInnen konnten ihren Lebensunterhalt durch Erwerbsarbeit decken, wovon 4% am beruflichen Rehabilitationsprogramm der ARTIS-Betriebe teilnahmen. 16% der PatientInnen konnten trotz Berentung in den Beschäftigungsinitiativen der GPG eine ihrem Leistungsvermögen angepasste Beschäftigung mit einem bescheidenen Zuverdienst angeboten werden (auf die Auswirkungen von Beschäftigung auf die subjektive Lebensqualität dieser KlientInnen wird später näher eingegangen). Weiters zeigt die Darstellung in Abbildung 2, dass etwa die Hälfte der Betroffenen über eine materielle Absicherung verfügt, die unter der Armutsgrenze liegt. Dieser Aspekt der Diskriminierung psychisch Kranker mit dem erschwerten, teilweise unmöglichen Zugang zu irgendeiner Form von Erwerbstätigkeit und somit der mangelhaften Teilnahme an den finanziellen Ressourcen ist für schwerer psychisch Kranke auch in anderen Bundesländern anzutreffen (Gardowsky 1998).



GPG-Dokumentation 1997

Auswertung schizophrener Erkrankte (n = 259)

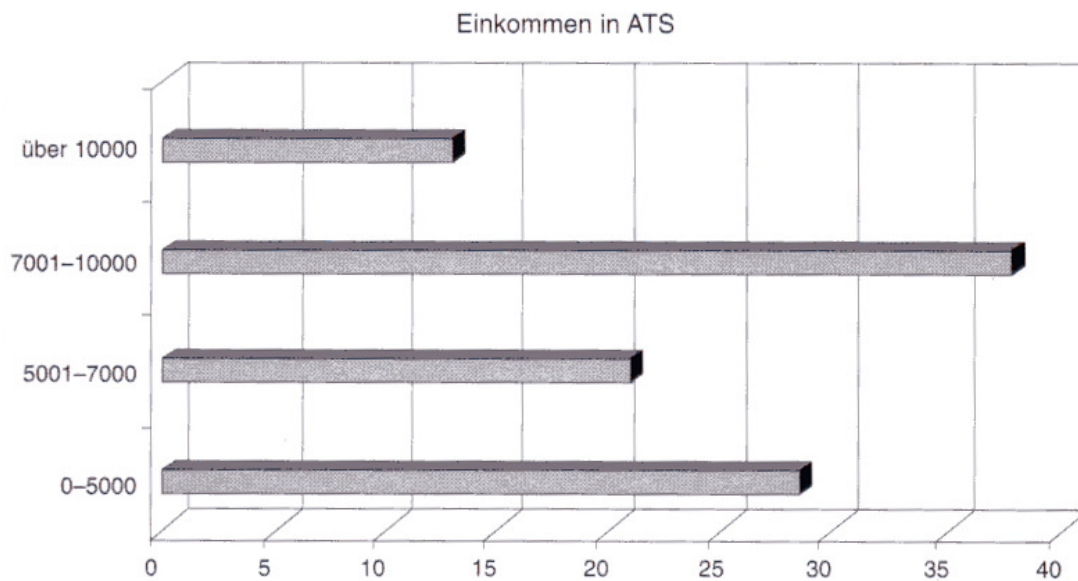


Abbildung 2

Aus der Sicht der Betroffenen: Arbeit steht an erster Stelle

In einer kürzlich veröffentlichten qualitativen Befragung von über 500 an Schizophrenie Erkrankten mit dem Titel „Lebensqualität bedeutet für mich...“ (Angermeyer et al. 1999) führten Betroffene für ihre Lebensqualität bzw. Lebenszufriedenheit häufig Bereiche an, die die Voraussetzung für eine soziale Integration bilden. An erster Stelle rangierte hierbei die Arbeit; jeder vierte der Befragten sah darin die Bedingung für eine ausreichende Lebensqualität. Weiters wurden häufig Bereiche, wie soziale Kontakte, die finanzielle Situation, die Freizeitgestaltung angeführt, die wiederum eng mit einer Erwerbstätigkeit vergesellschaftet sind. Die Befragten begnügten sich nicht nur mit der bloßen Möglichkeit arbeiten zu können, sondern sie verbanden damit den Wunsch nach einer guten und sinnvollen Arbeit, die das Gefühl von Befriedigung verschafft. Diese Aussagen stehen in deutlichem Gegensatz zur heutigen Realität, da - wie zuvor gezeigt werden konnte - die Mehrzahl dieser psychisch Kranken arbeitslos ist. Diese Befragung spiegelt die Sehnsucht nach einem normalen Leben wider, zu dem eben (immer noch) auch die Erwerbstätigkeit dient. Arbeit verschafft durch ihre Bezahlung Existenzsicherung, sie eröffnet Entscheidungsspielräume als souveräner Konsument auftreten zu können, sie bietet die Möglichkeit sich in normalen sozialen Rollen (Nicht-Patienten-Rolle; Shepard 1994) zu engagieren und wirkt somit der Krankenrolle und ihren negativen Auswirkungen auf den Genesungsprozeß entgegen. Sinnvolle Beschäftigung vermittelt Selbstvertrauen, das Gefühl der Kompetenz, sie fördert soziale Kontakte und Unterstützung, strukturiert den Tagesablauf und ermöglicht sozialen Status und Identität (v. Kardoff 1999).

Im Gegensatz zur Sicht der Betroffenen steht häufig die Einschätzung der Behandler (Priebe 1999). Ihre Beurteilung über das erforderliche Ausmaß an Hilfen und Unterstützung in diesem Bereich fällt häufiger geringer aus, als es von den PatientInnen selbst bewertet wird. Obwohl heute die Arbeitsrehabilitation zum Standard in der Behandlung von z. B. Menschen mit schizophrenen Störungen gehört (Lehman et al. 1998) wird - wie eine Untersuchung zur Realität der Behandlungspraxis zeigt (Lehman et al. 1998) - nur jedem fünften der Betroffenen diese therapeutische Möglichkeit angeboten. Dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass heute Rehabilitationsmaßnahmen von den behandelnden psychiatrischen Institutionen in ihrer Bedeutung unterbewertet werden.

Auswirkungen von Arbeitstherapie und -rehabilitation: wichtigste Forschungsergebnisse

Die positiven Einflüsse dieses rehabilitativen Ansatzes auf verschiedene Aspekte des Krankheitsverlaufes sind wissenschaftlich gut abgesichert. Dies ist auch ein Grund, warum berufliche Rehabilitation heute zum Standard im Rahmen einer Gesamtbehandlung zählt. Die nachfolgende kurzgefaßte Darstellung von Ergebnissen bezieht sich auf Menschen mit schizophrenen Störungen.

1. Arbeitsrehabilitation senkt Erkrankungsrückfälle

Diese Feststellung ist durch methodisch anspruchsvolle Untersuchungen gut abgesichert (z.B. Bond 1991, Bell und Lysaker 1997, Recker et al. 1998, Priebe 1999). PatientInnen, die regelmäßig einer Arbeit oder Beschäftigung nachgehen, weisen im Vergleich zu arbeitslosen PatientInnen eine geringere Anzahl stationärer Wiederaufnahmen auf (siehe auch Kap. 5.4 in diesem Bericht). Auch zeigt sich ein Trend, dass im Falle einer Rehospitalisierung deren Aufenthaltsdauer kürzer ist. In der „Berliner Enthospitalisierungsstudie“ (Priebe 1999) wurde dieser Unterschied berechnet. Die Wahrscheinlichkeit stationärer Wiederaufnahmen war bei arbeitslosen PatientInnen um den Faktor 3,1 erhöht.

2. Arbeitsrehabilitation verringert die psychiatrische Symptomatik

Dieser Befund ist wiederum wissenschaftlich gesichert (z.B. Bell et al. 1996). Die psychische Symptomatik von PatientInnen, die an einer Arbeitsrehabilitation teilnahmen, veränderte sich gegenüber Nichtteilnehmern klinisch relevant (was auch zu selteneren Rehospitalisierungen führte). Auch zeigte sich eine mit der Zeit steigende Produktivität und Arbeitsleistung. Ein weiteres Ergebnis dieser Untersuchungen ist, dass eine Bezahlung die regelmäßige Teilnahme an dieser Behandlung fördert (Auf diesen Aspekt wird am Ende dieses Beitrages noch kurz eingegangen.).

3. Arbeitsrehabilitation beeinflusst positiv auch andere Aspekte des Krankheitsverlaufes

Untersuchungen, die sich mit den Auswirkungen von Arbeitsrehabilitation und Arbeit auf andere Verlaufscharakteristika der Erkrankung befassen, zeigen, dass diese eine wichtig Maßnahme für die Erreichung anderer Rehabilitationsziele ist (Lehman 1996). PatientInnen mit Arbeit - die auch angemessen bezahlt werden sollte - besserten sich nicht nur im arbeitsbezogenen Sozialverhalten, wie z. B. der Leistungsfähigkeit und Produktivität. Sie weisen auch in anderen sozial-kommunikativen Bereichen mehr Aktivitäten auf, erleben ein gesteigertes Selbstvertrauen und -Kompetenz. Die Compliance für andere therapeutische Maßnahmen erhöhte sich. Wichtig ist jedoch, dass diese Arbeit und Beschäftigung und ihre soziale Stimulation kontinuierlich!! erfolgt. Bei Wegfall oder Unterbrechung von Arbeit und Beschäftigung fallen Betroffene sehr schnell wieder in alte Rollen und eine erhöhte Erkrankungsvulnerabilität zurück.

4. Arbeitsrehabilitation wirkt sich positiv auf die subjektive und objektive Lebensqualität von Betroffenen aus

Dies ist ein wiederum gesichertes Ergebnis (z.B. Kemmler et al. 1998, Holzner et al. 1998, Priebe et al. 1998), das mit dem Zuvorgenannten in einem sinnhaften Zusammenhang steht. Dass sich durch höheres Einkommen manche „objektive“ Kriterien von Lebensqualität bzw. der Lebensstandard verbessern, versteht sich von selbst. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die subjektive Bewertung von Betroffenen hinsichtlich ihrer Lebensqualität. Erwerbstätigkeit oder arbeitsnahe Beschäftigung steigern das subjektive Wohlbefinden und die Zufriedenheit von Betroffenen; dieser Effekt ist nicht von der klinischen Symptomatik abhängig.

Abbildung 3 und 4 geben die wichtigsten Ergebnisse einer in den arbeitsrehabilitativen Bereichen der GPG durchgeführten Untersuchung wieder (Kemmler et al. 1998, Holzner et al. 1998). 60 KlientInnen mit schizophrenen Erkrankungen, die an den Programmen der Innsbrucker Rehabilitationseinrichtungen für Arbeit und Beschäftigung (Berufstrainingzentrum, Beschäftigungsinitiativen) teilnahmen, wurden mit PatientInnen verglichen, die hinsichtlich der Ausprägung ihrer Erkrankung und anderer Charakteristika mit ihnen vergleichbar waren. Letztere konnten auch aufgrund der zu geringen Anzahl von Rehabilitationsplätzen an diesen arbeitstherapeutischen Programmen nicht teilnehmen. Es zeigte sich, dass sich die beiden Gruppen in ihren Angaben zur Lebensqualität beträchtlich unterscheiden und zwar sowohl hinsichtlich der Lebenszufriedenheit als auch hinsichtlich ihrer Einschätzung von Funktionsbereichen. Neben erwartungsgemäßen Unterschieden in Bereichen Beruf und Finanzen fanden sich auch in den Bereichen Freizeit und Sozialleben außerhalb der Familie bessere Durchschnittswerte in der Rehabilitationsgruppe. Arbeitsrehabilitation schlägt sich auch in anderen Lebensbereichen, wie z.B. Freizeitaktivitäten oder dem sozialen Engagement nieder, und das macht sie für die Behandlung von psychisch Kranken so bedeutend.

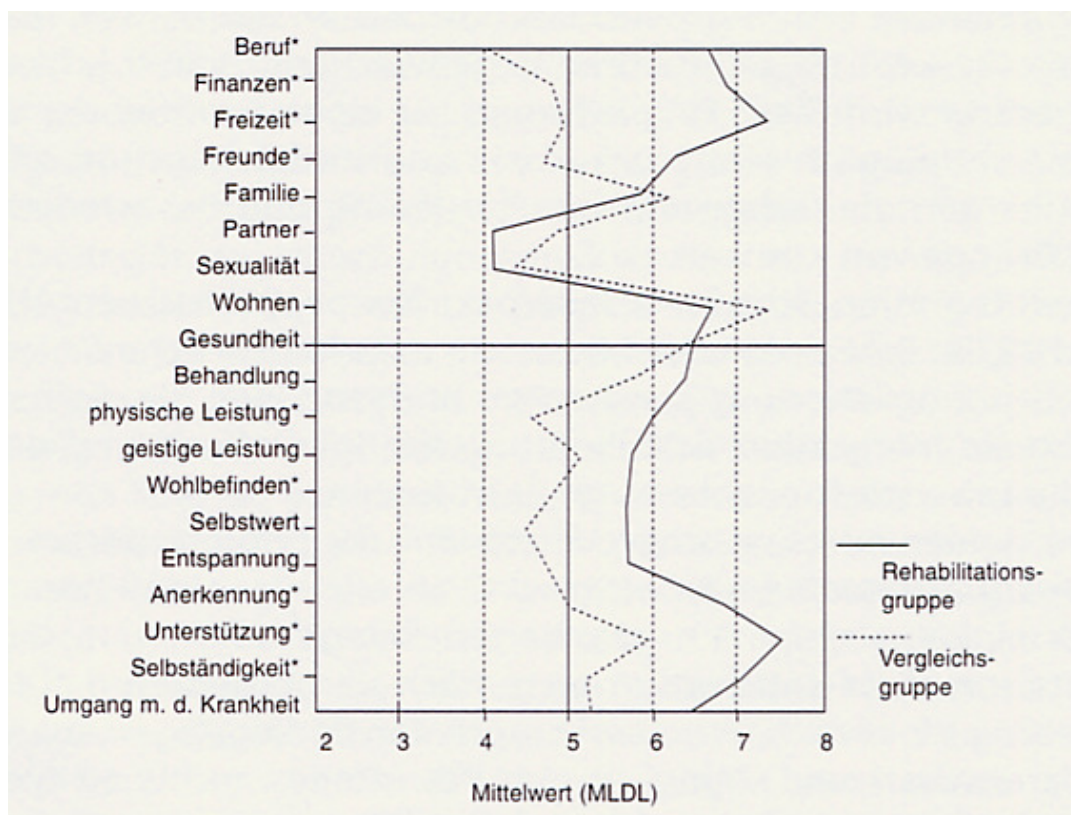


Abbildung 3

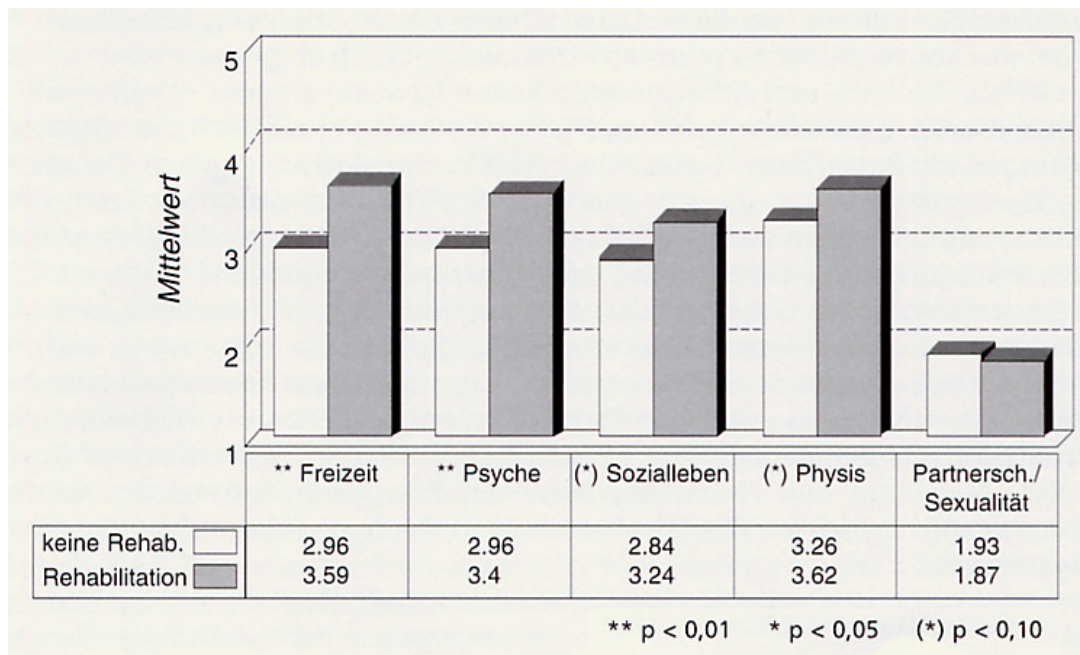


Abbildung 4

Vom bürokratischen zu einem lebensnahen Rehabilitationsverständnis

Eine zentrale Aufgabe psychiatrischer Behandlung und Rehabilitation ist es, die Lebensqualität von psychisch Kranken zu verbessern. Die in der Auslegung der Rehabilitationsgesetzgebung einseitig angestrebte Integration von Menschen mit psychischen Behinderungen am ersten Arbeitsmarkt ist „ein an normativen Kriterien orientierter Maßstab“ (Recker 1999). Unter den gegenwärtigen „verschärften“ Bedingungen am Arbeitsmarkt wird diese Eingliederung für einen Großteil der schwerer psychisch Kranken nicht möglich sein. Konkurrenz und stetig steigende Anforderungen am Arbeitsfeld bergen die Gefahr der Überforderung und des wiederholten Scheiterns für diese Gruppe von Kranken.

„Die berufliche Integration ist nur ein Teilaspekt der psychiatrischen Arbeitsrehabilitation“ (Recker 1999). Ihr Erfolg oder Mißerfolg entscheidet sich nicht ausschließlich an der beruflichen Eingliederung, sondern sie umfaßt Ziele, die weitergefaßt sind wie z. B. die soziale Integration, Stabilisierung der Erkrankung und der Lebensumstände sowie die Lebenszufriedenheit von Betroffenen.

Wird aus einem rigiden bürokratischen Verständnis als Erfolgskriterium die „berufliche Integration am allgemeinen Arbeitsmarkt“ als alleiniges Maß herangezogen, so zeigt sich, dass es keine empirisch gesicherten Belege dafür gibt, dass durch die Arbeitsrehabilitation diese Integration wesentlich verbessert wird (Lehman 1996). Diese Eingliederung ist, wie schon bemerkt, auch von Bedingungen abhängig, die mit der Leistungsbereitschaft und -fähigkeit von Betroffenen nichts zu tun haben, wie z.B. die Verfügbarkeit von geeigneten Arbeitsplätzen oder die Chance, trotz des Etikettes „psychisch Kranker“ überhaupt eine Arbeitsstelle zu bekommen bzw. diese auch im Falle eines Erkrankungrezidives zu behalten.

Bei einem realitäts- und lebensnäheren weitergefaßten Erfolgskriterium „bezahlte Arbeit außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses“, das auch teilzeitige oder beschützte Arbeitsverhältnisse einschließt, zeigt die Mehrzahl der Untersuchungen die Überlegenheit dieser systematischen rehabilitativen Bemühungen.

Eine sinnvolle Arbeitsrehabilitation verringert die Dauer und Frequenz der Krankenhausbehandlung deutlich. Es ist schwer nachvollziehbar, dass dieses Geld nicht bei der konventionellen psychiatrischen Behandlung eingespart wird und statt dessen Rehabilitations- und Arbeitsmöglichkeiten bzw. ein eigener Arbeitsmarkt für psychisch Kranke geschaffen wird.

Dies v. a. auch deshalb, da die subjektiven Erwartungen von Betroffenen realistischerweise in diese Richtung gehen (Recker et al. 1998). Ein weitergefaßtes Verständnis von Arbeitsrehabilitation umfaßt neben Arbeitstraining und Hilfen zur beruflichen Integration auch unterschiedliche Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeit unter „geschützten Bedingungen“ (eine ausführlichere Darstellung findet sich bei Weber und Steiner 1998). Wichtig wäre, dass diese Arbeitsmärkte den Betroffenen eine langfristige Perspektive bieten und auch eine Wahlmöglichkeit eröffnen. Dadurch würde chronisch Kranken eine dauerhafte Teilnahme am Arbeitsleben und eine Stabilisierung ihrer Lebenssituation ermöglicht. Voraussetzung für die Wirksamkeit arbeitstherapeutischer Maßnahmen ist jedoch, dass diese frühzeitig und rechtzeitig beginnen. Nur dann besteht der deutliche Zusammenhang zwischen Krankheitsverlauf und dem Erfolg der beruflichen Rehabilitation.

Ein weiterer nicht zu vernachlässigender Gesichtspunkt ist auch, ob die Höhe des Verdienstes der Arbeit angemessen ist, oder inwieweit durch einen Zuverdienst die Invaliditätspension negativ beeinflusst wird. Wie im Arbeitsleben üblich, spielt auch bei psychisch Kranken der Lohnreiz im Hinblick auf die Leistungsbereitschaft eine wesentliche Rolle (Priebe et al. 1998). Diesbezüglich bestehen gesetzliche und bürokratische Hürden, die eine lebensnahe Rehabilitation psychisch Kranker erschweren.

Diese Überlegungen führen zu einem nachvollziehbaren Szenarium, das einer wirklichkeitsnahen beruflichen Rehabilitation von psychisch Kranken gerecht werden könnte. Arbeit als identitäts- und sinnstiftendes Element trägt wesentlich zur Stabilisierung von psychisch Kranken bei. Jedoch sollte die berufliche Rehabilitation vom Ziel der Integration der Betroffenen in den sogenannten ersten Arbeitsmarkt entkoppelt werden. Da trotz der Bereitstellung von sogenannten Sonderarbeitsmärkten, wie Transitarbeitsplätzen, Umschulungsmaßnahmen etc. die Vermittlung der Gruppe von psychisch Kranken oder beeinträchtigten Arbeitslosen heute am Arbeitsmarkt schwierig ist, wäre es erforderlich, in erster Linie auch eigene „Arbeitswelten“ zu schaffen, die in ihrem Angebot nicht in Konkurrenz zum leistungs- und produktionsorientierten allgemeinen Arbeitsmarkt stehen. Diese Lebenswelten könnten die verlorengegangenen Nischen ersetzen. Neuere Untersuchungen weisen darauf hin, dass Programme mit Ausbildung am Arbeitsplatz („on-the-job-training“) bessere Ergebnisse zeigen als solche, die der eher traditionellen Ausbildung vor Arbeitsantritt („train-the-place“) folgen (WPA 1999). Es sollten Produktions- oder Dienstleistungsbereiche gefunden werden, die vom ersten Arbeitsmarkt noch nicht besetzt sind. Solche Selbst-, Zuverdienst- oder Integrationsbetriebe stellen an die Leistungsfähigkeit der Betroffenen entsprechende Anforderungen, produzieren aber nicht unter dem Diktat einer harten Marktkonkurrenz. Dazu muß jedoch die Grundfinanzierung dieser Arbeitsinitiativen langfristig gesichert sein, was durch Ressourcenumschichtung erfolgen könnte. Da das Unternehmensleitbild solcher Betriebe nicht die Gewinnmaximierung, sondern die Schaffung von Arbeitsplätzen für psychisch Kranke und Beeinträchtigte beinhaltet, würden diese auch vom volkswirtschaftlichen Gesichtspunkt Vorteile bieten; vor allem wenn man den notwendigen Zuschüssen die Rückflüsse aus Sozialversicherung und Lohnsteuer gegenüberstellt. Berufliche Rehabilitation psychisch Kranker ist grundsätzlich als Daueraufgabe zu sehen, die wesentlich dazu beiträgt, alltägliche Normalität herzustellen und sie auch aufrecht zu erhalten.

Heute gibt es „Gewinner“ und „Verlierer“, aber zunehmend auch „Überflüssige“

Zu den letzteren zählen in unserer Gesellschaft immer häufiger psychisch Kranke und andere Gruppen, wie z.B. ältere Arbeitslose. Sie werden vom Zugang zum Arbeitsmarkt und der gesellschaftlichen Teilhabe immer mehr ausgeschlossen. Sie fassen immer seltener am wettbewerbsorientierten Arbeitsmarkt Fuß und kreisen häufig in Warte- oder Wiederholungsschleifen am 2. Arbeitsmarkt, werden mühsam rehabilitiert und in der Folge wieder wegrationalisiert (v. Kardoff 1999). Ihnen werden wiederholte Niederlagen und ständiges Scheitern zugemutet. Dabei wäre die Sicherstellung von Arbeit ein wichtiges gesellschaftliches

Anliegen, wodurch nicht nur die psychische Gesundheit erhalten bzw. wiederhergestellt wird, sondern sie trägt auch zum sozialen Frieden und der allgemeinen Sicherheit bei.

Es scheint jedoch, dass die politisch Verantwortlichen, welcher politischen Gruppierung sie auch immer angehören, einerseits vom Faszinosum der Globalisierung und der neoliberalistisch gefärbten Marktwirtschaft gefangen sind, andererseits aber auch eine Überreglementierung vertreten. Dies läßt im Lebensbereich Arbeit ein flexibles Eingehen auf Probleme und intelligentere Lösungen nicht zu. Zeichen einer nicht gerade gesunden Entwicklung ist, dass sich Wirtschaftswachstum und Beschäftigungszuwachs zunehmend entkoppeln. Sicherlich ist es eine große Errungenschaft, dass in unserem Land noch ein hohes Maß an Solidarität und sozialer Absicherung besteht, jedoch: „Der Mensch lebt nicht vom Brot allein.“

Literatur:

- Angermeyer Mc, Holzinger A, Matschinger H (1999) Lebensqualität, das bedeutet für mich...
Psychiatrische Praxis 26(2): 56-60.
- Bell Md, Lysaker Ph, Milstein Rm (1996) Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 22(1): 51-67.
- Bell Md, Lysaker Ph (1997) Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia: 1-year followup. Schizophrenia Bulletin 23(2): 317-328.
- Bond Gr (1992) Vocational rehabilitation. In: Liberman RP (Hrsg) Handbook of psychiatric rehabilitation. Macmillan publishing company, New York, 244-275.
- Gardowsky P (1998) Diskriminierung im Recht. Kontakt 21 (4): 17-19.
- Gesellschaft für Psychische Gesundheit (1997) Daten, Fakten, Analysen. (GPG 1998).
- Holzner B, Kemmler G, Meise U (1998) The impact of work-related rehabilitation on the quality of life of patients with schizophrenia. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 33/12: 624-631.
- Jahoda M, Lazarsfeld P, Zeisel H (1975, orig. 1932) Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Kardorff E (1999) Die Bedeutung der Arbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel. Psych. Prax. 26 (Sonderheft 1): 25-29.
- Kemmler G, Holzner B, Adam-Schartner C, Wallner M, Meise U (1998) Lebensqualität als Beurteilungskriterium in der Rehabilitation psychisch Erkrankter. In: Meise U, Hafner F, Hinterhuber H (Hrsg.) Gemeindepsychiatrie in Österreich.. VIP-Verlag Integrative Psychiatrie, Innsbruck, 304-319.
- Lehman Af (1995) Vocational rehabilitation in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 21 (4): 645-656.
- Lehman A, Steinwachs D, Port Project (1998): Patterns of usual care for schizophrenia: Initial results from the schizophrenia patient outcomes research team (PORT) Client survey. Schizophrenia Bulletin 24: 11-20.
- Lehman A, Steinwachs D, Port Project (1998): At Issue: Translating research into practice. The schizophrenia patient outcomes research team (PORT) Treatment recommendations. Schizophrenia Bulletin 24: 1-10.
- Priebe S, Warner R, Hubschmid T, Eckle I (1998) Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. Schizophrenia Bulletin 24 (3): 469-477.
- Priebe S (1999) Welche Ziele hat psychiatrische Rehabilitation, und welche erreicht sie? Psych. Prax. 26 (Sonderheft 1):36-40.
- Reker T, Eikermann B, Schonauer K, Folkerts H (1998) Arbeitsrehabilitation chronisch psychisch Kranker. Psych. Prax. 25 (2): 76-82.
- Reker T (1999) Psychiatrische Arbeitstherapie - Konzepte, Praxis und wissenschaftliche Ergebnisse. Psych. Prax. 26 (Sonderheft 1): 12-15.
- Shepard G (1984) Institutional care und rehabilitation. Longman, London.

- World Psychiatric Association (1999) Handbuch zum Internationalen WPA-Programm gegen Stigmatisierung und Diskriminierung von Schizophrenie. Pro Mente Austria, Linz, 64 – 66.
- Wancata J, Gasselseder M, Müller Ch (1994) Arbeit und Lebensqualität schizophrener Patienten. In: Katschnig H, König P (Hrsg) Schizophrenie und Lebensqualität. Springer-Verlag, Wien, New-York, 189-202.
- Weber P, Steier F (Hrsg.) (1998) Arbeit schaffen. Psychiatrie-Verlag Bonn.

2.2 Berufliche Integration und Rahmenbedingungen

Rainhold Scharf

1. Ist - Zustand

Die Zielgruppe schwer psychisch beeinträchtigter Menschen ist von einer extrem hohen Arbeitslosigkeit betroffen. In den industrialisierten Ländern sind weniger als 20% in einer Voll- oder Teilzeitbeschäftigung (Anthony et al. 1987). Obwohl die therapeutische Wirkung einer regelmäßigen Beschäftigung und Arbeit heute unbestritten ist, bildet die Erwerbstätigkeit für diese Personengruppe nach wie vor die Ausnahme.

Im Gegenteil: Die Zahl der als schwer vermittelbar eingestuften Arbeitslosen steigt dramatisch: Österreichweit wurden 1995 4.600 Personen aufgrund ihrer psychischen Behinderung als schwer vermittelbar eingestuft, 1998 erhöhte sich diese Zahl auf 6.227 Personen, was eine Steigerung von 35 % innerhalb von drei Jahren bedeutet (Badelt et al. 1998).

Jene Personen, die aufgrund einer psychischen Störung oder Erkrankung nicht erwerbstätig, d.h. arbeitslos sind, scheinen in der Arbeitslosenstatistik größtenteils gar nicht auf: Dieser Personenkreis - es handelt sich in Österreich um etwa 200.000 Menschen - bezieht

- eine *Invaliditätspension* in Verbindung mit einer Ausgleichszulage¹ oder
- *Sozialhilfe*, wenn die entsprechenden Versicherungszeiten aufgrund fehlender Berufstätigkeit nicht erworben werden konnten

Die „Vergabe“ von Frühpensionierung aufgrund „psychischer Behinderung“ - dies ist der entsprechende juristische Terminus - ist stark steigend.

Nach wie vor prallen die Bedürfnisse und Notwendigkeiten einer sinnvollen beruflichen Rehabilitation und Integration auf die Barrieren gesetzlicher Bestimmungen, sodass engagierte Projekte häufig einen ökonomischen und bürokratischen Hürdenlauf bewältigen müssen und zu scheitern drohen. Dazu kommt, dass die berufliche Rehabilitation im Spannungsfeld zwischen sozial- und wirtschaftspolitischen Interessen steht: Einerseits verpflichten sich solche Projekte dem Ethos des menschenwürdigen Lebens, nämlich jedem Individuum die gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. Andererseits müssen sie sich im Feld der marktwirtschaftlichen Erfordernisse behaupten, die vielfach von anderen Prämissen ausgehen.

Aus dieser paradoxen Situation ergibt sich im modernen Sozialstaat für viele Betroffene ein „Entweder - Oder“: Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind so gestaltet, dass eine Person entweder „gesund“, d.h. voll leistungsfähig ist, oder „krank“, d.h. Pensionempfänger ist. Im zweiten Fall ist auch die Möglichkeit einer zeitweisen Tätigkeit eingeschränkt, obwohl dies nicht nur therapeutisch, sondern auch im Sinne eines selbständigen Lebens sinnvoll wäre.

¹ Die Ausgleichszulage ist die Differenz zwischen dem Pensionsanspruch und dem Mindesttrichsatz.

Im *Nationalen Aktionsplan für Beschäftigung (NAP)*, der von der Bundesregierung 1998 initiiert wurde, findet sich unter der Rubrik *Chancengleichheit* die „Eingliederung Behinderter“ als Randbemerkung. Der Nationale Aktionsplan legt das Hauptaugenmerk auf Jugendliche und Frauen, Maßnahmen zur Eingliederung Behinderter nehmen nur wenig Raum ein. Es wird lediglich auf bereits bestehende Hilfsangebote verwiesen, wesentliche Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen, die die berufliche Integration dieser Gruppe verbessern würde, sind nicht angeführt.

Nachstehende Überlegungen sollen einige der Schwierigkeiten umreißen, die sich in besonderem Maße für Personen mit psychischen Einschränkungen ergeben und Ansätze zu einer Verbesserung aufzeigen.

1.1. Integration: Erster und zweiter Arbeitsmarkt

Die berufliche Integration bewegt sich grundsätzlich in zwei Richtungen:

- die Integration in den freien Arbeitsmarkt sowie
- die Schaffung von Dauerarbeitsplätzen in Projekten, Integrations- und Selbsthilfefirmen

Derzeit orientieren sich sämtliche Instrumente der aktiven Arbeitsmarktpolitik in Österreich an der Vermittlung in den freien oder „ersten“ Arbeitsmarkt. Auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind auf dieses Ziel hin abgestimmt. Sämtliche Projekte, die sich um die Wiedereingliederung schwervermittelbarer Personen in den Arbeitsmarkt bemühen, müssen dies innerhalb der Frist eines Jahres schaffen, da der Förderzeitraum grundsätzlich mit zwölf Monaten befristet ist.

Angesichts der tiefgreifenden Veränderungen des Arbeitsmarktes und der stetig steigenden Anforderungen an Arbeitsuchende stellt sich allerdings die Frage, ob dieser Arbeitsmarkt auch für psychisch beeinträchtigte Menschen noch die entsprechenden Perspektiven bieten kann. Der Leistungsdruck steigt, die Erfordernisse sind vielfach nicht mehr bewältigbar.

Um längerfristige Arbeitsplätze zu ermöglichen, wurden europaweit zusätzlich integrative Betriebe für Behinderte geschaffen. Der Begriff „zweiter“ Arbeitsmarkt wurde erfunden und soll für jene Projekte und Betriebe gelten, die ohne Unterstützung durch die öffentliche Hand nicht bestehen könnten und Nischen besetzen, welche der Markt kaum bearbeitet. Auch diese Betriebe sind mittlerweile härteren Bedingungen ausgesetzt, und es ist fraglich, ob diese günstigeren Voraussetzungen für die Zielgruppe bieten können als „normale“ Unternehmen.

In der Schere zwischen sinkenden öffentlichen Zuschüssen und erhöhtem Wettbewerbsdruck drohen auch in diesen Betrieben die Schwächsten verdrängt zu werden.

Im Sinne einer angestrebten Normalisierung ist grundsätzlich die Integration in den ersten Arbeitsmarkt zu forcieren. Da der erste Arbeitsmarkt voraussichtlich nicht genügend Arbeitsplätze zur Verfügung stellen wird können, ist die Förderung zusätzlicher Arbeitsplätze in einem zweiten Arbeitsmarkt aktueller denn je zuvor.

1.2 Zugangsvoraussetzungen für Lohnkostenzuschüsse

„Psychische Behinderung“

Um überhaupt in den Genuß von längerfristigen Zuschüssen kommen zu können, ist es notwendig, entweder „eingestuft“ zu werden oder den Grad der Behinderung feststellen zu lassen. Unter den Terminus „Behinderter“ fallen Personen mit physischen, psychischen, geistigen und Sinnesbehinderungen. Der Grad der Behinderung bzw. die Einschränkung der Erwerbsfähigkeit wird nach dem Behinderteneinstellungsgesetz in Prozenten gemessen. Dieser Modus geht auf das Kriegsversehrtenengesetz zurück und bezieht sich vor allem auf körperliche Behinderungen. Er wird keinesfalls psychischen Beeinträchtigungen gerecht, die im Unterschied

zu körperlichen oder geistigen Behinderungen sehr viel prozeßhafter verlaufen. Erfahrungen zeigen, dass die Einschätzungen bezüglich des Ausmaßes der Behinderung weit divergieren. Die tatsächliche Leistungsfähigkeit ist schwer im vorhinein festzustellen, da sie krankheitsbedingt auch situations- und milieuabhängig ist. Für die Zielgruppe der psychisch Kranken ist die Feststellung bzw. die Einstufung für sich genommen häufig schon eine Hemmschwelle.

Fristen

Eine weitere Hürde auf dem Weg einer beruflichen Integration sind die genau festgelegten Fristen vorangehender Arbeitslosigkeit, die eine Reihe von Betroffenen von Förderungen ausschließen.

So ist dieses Jahr die Dauer der vorangegangenen Arbeitslosigkeit von sechs auf zwölf Monate verlängert worden, um in den Genuß von Einstellungsbeihilfen oder Lohnkostenzuschüssen zu kommen. Konkret bedeutet dies, dass eine willkürliche Frist in Untätigkeit abgewartet werden muß, bevor ein Zuschuß gewährt werden kann. Ohne solche Zuschüsse ist es umso schwieriger, eine Arbeit zu finden.

Weiters sind jene Personen von Zuschüssen und Beihilfen ausgeschlossen, welche eine Invaliditätspension beziehen, unabhängig von ihrem Alter. Dies mag vielleicht verständlich sein, ist aber nicht zielführend.

Die hier aufgezählten Zugangsvoraussetzungen zeigen exemplarisch auf, dass Rahmenbedingungen selbst hinderlich sein können.

2. Anreizsystem für Dienstgeber und Betroffene

Um für die *Dienstgeber* den Anreiz zu erhöhen, die Zielgruppe der psychisch Behinderten zu beschäftigen, müssen deren Risiken und Mehraufwendungen angemessener berücksichtigt bzw. ausgeglichen werden. So müßte es möglich sein, belegte Fehlzeiten des Dienstnehmers im nachhinein zu kompensieren. Es kann nicht erwartet werden, dass beispielsweise ein Kleinunternehmer die Kosten für längere Fehlzeiten tragen soll. Es wäre eigentlich die Aufgabe unseres Sozialversicherungssystems, diese Lasten solidarisch zu verteilen. Mit diesem Beispiel läßt sich aufzeigen, dass die im vorhinein festgelegten Prozentsätze für Zuschüsse problematisch und für diese Zielgruppe nicht besonders günstig sind.

Tatsache ist auch, dass die Fehlzeiten ein bedeutenderer Faktor sein können als die Minderleistung bei Ausübung der Tätigkeit. So sollten Faktoren wie Dispositionskosten für Ersatzkräfte oder der Grad der Selbständigkeit bei Ausübung der Tätigkeit stärker berücksichtigt werden. Zuschüsse müssen die Bedürfnisse der Dienstgeber vermehrt berücksichtigen, Mehraufwendungen sind abzugelten. Die Tatsache, dass die Höhe der Lohnkostenzuschüsse ausschließlich vom bisherigen Einkommen bzw. dem sozialen Status des Betroffenen abhängt, ist eine Indiz dafür.

Für die Betroffenen erweist sich das in Österreich gängige System der *Invaliditätspension* in Kombination mit einer *Ausgleichszulage* und einem generellen *Zuverdienstverbot* als besonders hinderlich für die berufliche Integration.

Dies trifft im besonderen jüngere Menschen, die vorübergehend arbeitsunfähig und daher befristet pensioniert sind. Abgesehen davon, dass der Versuch zu einer beruflichen Integration persönlich viel Mut erfordert und mit Ängsten verbunden ist, wird mit einem solchen Schritt auch die bisherige existentielle Absicherung riskiert: Bei Aufnahme einer meldepflichtigen Beschäftigung verliert der Arbeitnehmer sofort die Ausgleichszulage und muß sich in der Regel innerhalb eines halben Jahres einer ärztlichen Untersuchung unterziehen. Falls die Arbeitsfähigkeit festgestellt wird, verliert der Arbeitnehmer den Pensionsanspruch.

Bei einem eventuellen Krankheitsrückfall oder einer Krise mit nachfolgendem Verlust des Arbeitsplatzes wird die Person wiederum arbeitslos, in Folge Notstandshilfebezieher und im schlimmsten Fall Sozialhilfeempfänger. Wenn dann die Pension beantragt wird, entfällt - weil Pensionsempfänger nichts dazuverdienen dürfen - die Perspektive, wieder arbeiten zu gehen.

2.1. Teilpension UND Erwerbstätigkeit

Dieser relativ ausweglose Kreislauf der *Entweder Pension oder Arbeit*-Regelung müßte ersetzt werden durch eine *Sowohl als auch-Optionsmöglichkeit*.

Phasen der Stabilität und des Arbeitens könnten sich mit krankheitsbedingten Phasen der Zurückgezogenheit abwechseln, ohne einer Mindestsicherung verlustig zu gehen oder zwischenzeitlich wieder Sozialhilfeempfänger zu werden.

Die künftige Möglichkeit einer *Teilpension* im Falle einer frühzeitigen Erwerbsunfähigkeit scheint hier neue Wege zu eröffnen. Allerdings gilt dies wiederum nur für jene, die schon erhebliche Beitragszeiten im Ausmaß von 15 Jahren vorweisen können und nur für erworbene Beitragszeiten. Diese neue Regelung schließt jene jüngeren Pensionisten aus, welche kaum Beitragsjahre vorweisen können und auf die Ausgleichszulage angewiesen sind.

Die Gruppe der jüngeren Betroffenen bräuchte eine flexible Regelung, welche verschiedene Arten von Beschäftigung (sozialversicherungspflichtig, geringfügig, saisonal, sporadisch) erlaubt. Die Betroffenen müßten diesen Zuverdienst in einem angemessenen Ausmaß lukrieren dürfen, ohne der Grundsicherung (Teilpension) verlustig zu gehen.

Konkret würde dies bedeuten, dass die Ausgleichszulage gleich zu behandeln ist wie der erworbene Pensionsanspruch und der *Anreiz* des Zuverdienstes entsprechend erhalten bleibt. Dies würde je nach Arbeitsmarkt dazu beitragen, eine bestimmte Zahl Betroffener zu integrieren oder zumindest den Kontakt zum ersten Arbeitsmarkt herzustellen. Darüberhinaus könnten Rehabilitationseinrichtungen und Arbeitsprojekte ihre Dienstleistungen flexibler und ökonomischer anbieten.

Wenn Teilzeitarbeit und Zuverdienst für diese Zielgruppe gefördert anstatt sanktioniert würden, könnten Integrationsfirmen oder Selbsthilfefirmen leichter entstehen und überleben. Dadurch ließen sich wesentliche Kosten im Gesundheits- und Sozialwesen einsparen. Die für Lohnkostenzuschüsse aufgewendeten Mittel müßten sich in Einsparungen im Sozial- und Gesundheitswesen niederschlagen und gegengerechnet werden.

2.2. Vernetzung der Zuständigkeiten

Vielfache Bemühungen um die berufliche Integration scheitern an den historisch gewachsenen gesellschaftlichen und finanziellen Zuständigkeiten.

Das *fiskalische* Denken der einzelnen Ressorts und Körperschaften, welche sich ausschließlich für ihre eigenen Haushalte verantwortlich fühlen, muß sich einer *gesamtgesellschaftlichen* Verantwortung unterwerfen. Die Politik muß dazu die entsprechenden Rahmenbedingungen setzen und sich zuständig erklären für die berufliche Integration Behinderter.

Im Rahmen der durch den Föderalismus festgesetzten finanzwirtschaftlichen Trennung der einzelnen Fiskalhaushalte des Bundes, der Länder, Gemeinden und parafiskalischer Körperschaften (Sozialversicherungen, Krankenkassen, Arbeitsmarktservice, Bundessozialamt) kommt es zwangsläufig dazu, dass Einsparungen einer Körperschaft zu Mehrbelastungen einer anderen führen. In diesem Sinne wird das fiskalische „Sparen“ auf Kosten anderer belohnt (Schmid 1997). Notwendig sind daher koordinierte Zielsetzungen und ein entsprechend koordinierter Ressourceneinsatz aller Beteiligten, um die Effizienz der Mittel zu erhöhen, die Wirkungen zu evaluieren und Trittbrettfahrer als solche zu identifizieren.

Neben der sozialen und ethischen Verantwortung ist eine Gesamtperspektive im Sinne einer volkswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Rechnung zu entwerfen. Hier bedarf es nicht nur einer fairen Aufteilung der *Lasten*, sondern im Falle der Leistungserbringung auch einer entsprechenden Zuordnung künftiger *Rückflüsse*. Wenn sich auf diese Weise Einsparungen im Gesundheits- oder Sozialhilfereich ergeben, weil mithilfe gezielter Integrationsmaßnahmen z.B. aus einem Patienten ein Beitragszahler wird, so sollten die zuständigen Sozialversicherungsträger sich auch an den Kosten solcher Maßnahmen beteiligen.

3. Resumee

Wir halten fest, dass die Beschäftigungslosigkeit psychisch Beeinträchtigter sehr hoch ist und eine steigende Tendenz aufweist. Das derzeitige Instrumentarium der aktiven Arbeitsmarktpolitik ist grundsätzlich auf die Integration in den freien Arbeitsmarkt ausgerichtet. Entsprechende Maßnahmen sind in der Regel auf ein Jahr befristet und nur jenen zugänglich, die vorher ein halbes bzw. ein ganzes Jahr als arbeitslos gemeldet waren und nicht pensionsberechtigt sind. Als langfristige Förderungen stehen lediglich Lohnkostenzuschüsse für Behinderte mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50 v.H. zur Verfügung.

Aufgrund erschwerter Bedingungen am Arbeitsmarkt stellt sich daher die Frage, wie die Rahmenbedingungen für die berufliche Integration und die Erhaltung der Arbeitsplätze treffsicherer und effektiver gestaltet werden könnten.

Erstens sollten die Rahmenbedingungen und Förderbestimmungen offener gestaltet und Überreglementierungen vermieden werden. Die Verantwortlichen sollten einen größeren Ermessensspielraum für einzelne Zielgruppen haben, um auf die besonderen Bedürfnisse der Betroffenen, der Dienstgeber und Projektträger Rücksicht nehmen zu können. Die Richtlinien für Förderungen sollten sich noch mehr an den wirtschaftlichen Gegebenheiten orientieren. Projektträger müssen oft unter prekären finanziellen Verhältnissen arbeiten. Eine Kontinuität im Sinne von längerfristigen Vereinbarungen und konsequenter Ressourcenausstattung ist daher anzustreben.

Zweitens sollten die Zuständigkeiten der einzelnen Körperschaften abgeklärt bzw. vereinfacht werden, um eine volkswirtschaftliche Kostenwahrheit zu erreichen, die längerfristig ausgelegt ist und Umwegrentabilitäten miteinbezieht.

Drittens sollten Projekte der aktiven Arbeitsmarktpolitik sowie integrative Betriebe nicht nur anhand von Vermittlungsquoten bzw. direkten Kosten pro Arbeitsplatz bewertet werden, sondern an deren Wirkungen insgesamt. Wer arbeitet und Geld verdient, zahlt Steuern, bringt Beitragsjahre für eine Pension ein und muß dadurch weniger Rehabilitationsgelder und Sozialleistungen in Anspruch nehmen. Es gilt zu erheben, welche Kosten in anderen Bereichen wie Sozialhilfe oder Krankenkassen eingespart werden können und welche Körperschaften in welcher Weise belastet oder entlastet werden. Eine Kostenteilung durch verschiedene Ämter greift hier zu kurz. Notwendig ist auch eine Analyse der Rückflüsse aus diesen Projekten. Obwohl es sich inzwischen herumgesprochen hat, dass die Rückflüsse von Beschäftigungsprojekten nicht unerheblich sind, so bestehen dennoch Zweifel hinsichtlich deren Effizienz. Es ist noch viel Forschung notwendig, die tatsächlichen fiskalischen und volkswirtschaftlichen Auswirkungen von Beschäftigungsprojekten und integrativen Betrieben für psychisch erkrankte Menschen festzustellen. Aus Erhebungen in Deutschland geht hervor, dass solche Projekte sich auf Dauer (bereits ab einem Zeitraum von drei Jahren) rechnen bzw. keinesfalls mehr kosten als vergleichsweise Arbeitslosigkeit mit erhöhten stationären psychiatrischen Behandlungen (Kränzlein-Ackermann 1999).

Viertens gibt es eine große Gruppe von beeinträchtigten Menschen, die nicht für ein Arbeitsverhältnis im gängigen Sinne ansprechbar ist und für die modifizierte Ziele verfolgt werden müssen, wie dies in Rehabilitations-Einrichtungen geschieht. Zeichnet sich durch

Rehabilitationsmaßnahmen eine Perspektive ab, so sollte im Zuge eines Integrationsversuches auf eine breite Palette von Teilzeit- und Zuverdienstmöglichkeiten zurückgegriffen werden können, welche einen kontinuierlichen Übergang in die Arbeitswelt ermöglichen, ohne dies zu erzwingen.

Nicht zuletzt sind die *Ziele* einer beruflichen Rehabilitation zu hinterfragen: Es kann nicht in jedem Fall sinnvoll sein, ein sozialversicherungspflichtiges Dienstverhältnis mit kollektivvertraglicher Entlohnung und Pensionsverzicht anzustreben. Vielmehr müßten Initiativen ergriffen und gefördert werden, die das rigide System von „entweder Arbeit oder Pension“ aufweichen und eine Kombination zulassen. Vor allem muß ein Grundeinkommen sichergestellt sein. Ein zusätzliches Einkommen durch Arbeit darf allerdings nicht durch die Kürzung des Transfereinkommens (Pension, Sozialhilfe) „bestraft werden“. Der Einkommenszuwachs durch Erwerbstätigkeit müßte ermutigend bleiben und einen Anreiz bieten.

Noch lassen dies die Rahmenbedingungen unseres Sozialstaates nicht in ausreichendem Maße zu.

Literatur:

Anthony - Blanch (1987) Supported employment for persons who are psychiatrically disabled. 11:5-23.

Badelt - Österle (1998) Grundzüge der Sozialpolitik.

Kränzlein-Ackermann, Andrea (1999) Arbeit auch für Psychiatrie-Erfahrene. In: Kerbe. Die Fachzeitschrift der Sozialpsychiatrie. 17. Jg. 1/1999. 13ff.

Schmid, Tom (1997) Arbeitsmarktpolitische und sozialpolitische Relevanz der sozialökonomischen Betriebe in Tirol.